

Пациенти были обследованы согласно стандартизированной программе исследований: оценка объективных и субъективных вегетативных симптомов, визуальная диагностика, специфическое мышечное тестирование с выявлением активных и латентных триггерных точек (ТТ) в мышцах шеи и плечевого пояса и расчет индекса мышечного синдрома, оценка выраженности болевого синдрома по ВАШ.

У всех обследованных пациентов регистрировались ВП преимущественно симпатоадреналового характера с частотой от 2 до 6 в месяц. Выраженность соматоформной вегетативной дисфункции по субъективным критериям у пациентов составила  $29,7 \pm 3,9$  (верхняя граница нормы — 15 баллов). По объективным показателям средний балл составил  $37,3 \pm 3,2$  (верхняя граница нормы — 25 баллов).

У пациентов отмечались выраженные мышечно-тонические нарушения (ИМС  $17,3 \pm 2,9$ , что соответствует 2—3 степени мышечного синдрома).

Наиболее часто возникновение ВП было связано со следующими мышцами: верхней и нижней косыми мышцами головы, прямыми мышцами головы и лестничными, что связано с анатомическими особенностями указанных мышц, а именно близостью их расположения к симпатическим образованиям шеи. Во всех мышцах пальпировались активные и латентные ТТ, степень активности которых была связана с частотой и выраженностью ВП. Развитие миофасциальной дисфункции наблюдалось также в трапециевидной, грудино-ключично-сосцевидной мышцах, мышце, поднимающей лопатку, что обуславливало формирование патобиомеханического двигательного стереотипа, усугубляя течение миофасциальной дисфункции и соответственно формирование порочного круга вегетативной дистонии.

Наблюдалась позитивная корреляционная связь между выраженностью симпатикотонии и болевого синдрома ( $+0,33$ ;  $p < 0,5$ ); симпатикотонии и мышечного синдрома ( $+0,39$ ;  $p < 0,5$ ); мышечного синдрома и частотой ВП ( $+0,45$ ;  $p < 0,5$ ), степени активности ТТ в мышцах шеи и плечевого пояса и частотой ВП ( $+0,49$ ;  $p < 0,1$ ).

Миофасциальная и вегетативная дисфункция являются взаимосвязанными и взаимопотенцирующими состояниями.

Частота ВП имеет положительную корреляционную связь с выраженностью мышечно-тонического синдрома и степенью активности ТТ.

Наличие ВП у пациентов, страдающих МФД шейно-плечевой локализации, требует комплексного терапевтического подхода, включающего немедикаментозные и медикаментозные методы воздействия на вегетативную и миофасциальную дисфункцию.

Ликвидация МФД шейно-плечевой локализации будет способствовать предупреждению возникновения ВП.

УДК 616.831-005.1-056.5

*Литвиненко Н. В., Дельва М. Ю.*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»  
(м. Полтава)*

#### **ВПЛИВ АТОРВАСТАТИНУ НА ПЕРЕБІГ ІШЕМІЧНИХ СТОВБУРОВИХ ІНСУЛЬТІВ У ОСІБ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ**

В останні роки в науковій літературі з'явилися повідомлення про істотний та незалежний від інших складових метаболічного синдрому вплив абдомінального ожиріння на перебіг ішемічних інсультів. Згідно з результатами сучасних наукових досліджень існують переконливі докази нейропротективних властивостей статинів при ішемічних інсультах, що реалізуються за рахунок плейотропних («неліпідних») ефектів.

Мета. Вивчення ефектів впливу аторвастатину на клінічний перебіг гострого періоду та динаміку функціонального відновлення при первинних ішемічних стовбурових інсультах у осіб з абдомінальним типом ожиріння без цукрового діабету, за умов початку терапії з першої доби розвитку захворювання.

В дослідження включено пацієнтів з абдомінальним типом ожиріння I—II ступеня, госпіталізованих в неврологічне відділення 1-ї МКЛ м. Полтави з приводу ішемічних інсультів головного мозку стовбурової локалізації. Усі пацієнти не мали цукрового діабету та вираженої супутньої патології, що могло б впливати на процеси постінсультного відновлення. Група контролю складалася із 43 осіб, які отримували лише стандартне лікування. Група спостереження включала в себе 19 осіб, які з першої доби після інсульту, поряд зі стандартною терапією, приймали всередину аторвастатин — по 20 мг, один раз на добу, протягом 12 тижнів.

Аналіз клінічного перебігу інсультів проводили за допомогою шкали Hoffenberth при госпіталізації, на 5-ту та 10-ту добу захворювання. Визначали рівень функціональної незалежності за допомогою модифікованої шкали Ренкіна (МШР) та рівень залежності в повсякденній життєвій активності за допомогою індексу активності повсякденного життя Бартел (ІБ) на момент виписки зі стаціонару та через 90 днів після інсульту.

Не було виявлено статистично достовірної різниці у важкості інсультів, за шкалою Hoffenberth, між двома групами пацієнтів як при госпіталізації ( $11,1 \pm 0,9$  проти  $11,8 \pm 0,8$ ), так і на 5-ту добу захворювання ( $8,1 \pm 0,8$  проти  $8,7 \pm 0,7$ ). Однак, на 10-ту добу після інсультів регрес неврологічної симптоматики був достовірно більш виражений при прийомі аторвастатину ( $5,1 \pm 0,4$  проти  $6,4 \pm 0,5$ ;  $p < 0,05$ ). В групі прийому досліджуваного препарату «задовільне» функціональне відновлення (МШР  $\leq 2$  — легкі ознаки інвалідності, пацієнт в змозі доглядати за собою без сторонньої допомоги) фіксувалося частіше, ніж у пацієнтів контрольної групи як на момент виписки зі стаціонару (21 % проти 12 %), так і через 12 тижнів після інсульту (47 % проти 32 %). Крім того, у пацієнтів, що приймали аторвастатин, частіше спостерігалися «позитивні» показники самообслуговування (ІБ  $\geq 85$  — незначні обмеження в самообслуговуванні, пацієнти не потребують сторонньої допомоги при виконанні побутових маніпуляцій) як при виписці зі стаціонару (26 % проти 14 %), так і через 12 тижнів після інсульту (47 % проти 30 %). Покращання перебігу гострого та відновного періодів інсультів стовбурової локалізації у пацієнтів з абдомінальним ожирінням при прийомі аторвастатину, ймовірно, є наслідком «неліпідних» властивостей препарату: збільшення експресії ендотеліальної синтази оксиду азоту, зменшення продукції прозапальних цитокінів та молекул клітинної адгезії на ендотелії судин, інгібування тромбогенезу та покращання реологічних властивостей крові, зменшення оксидативного стресу, покращання церебральної перфузії, зменшення глутаматної ексайтотоксичності тощо.

При ішемічних стовбурових інсультах у осіб з абдомінальним ожирінням прийом аторвастатину покращує перебіг гострого періоду захворювання та сприяє більш повноцінному відновленню постінсультного функціонального дефекту.

УДК 616.853-053.2-07-085.21

*Литовченко Т. А., Гасюк Г. І.*

*Харківська академія медична академія последипломного  
образования (г. Харків)*

#### **ДИФФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА МИГРЕНОЗНИХ ПАРОКСИЗМОВ У ДІТЕЙ С ЕПІЛЕПСІЕЙ**

Діагностика епілептичних та неепілептичних пароксизмальних порушень являється однією із найбільш складних діагностичних задач в неврології. Особливо ускладнює діагностику той факт, що нерідко у одного хворого має місце поєднання епілептичних та неепілептичних приступів. Около 20—30 % хворих з діагнозом «епілепсія» мають в дійсності неепілептичні пароксизми, і в те ж саме час у 30 % хворих з верифікованою епілепсією спостерігаються також неепілептичні приступи (як психогенні та органічні). Особливо складна діагностика поєднаних епілептичних та неепілептичних приступів у дітей.

Міжнародна протиепілептична Ліга визначає «імитатори» епілептичних припадків як приступи, клінічна маніфестація яких визначається факторами, не пов'язаними з патологією (ізбыточної) активності нейронів головного мозку, включаючи порушення функцій головного мозку (головокруження, синкопи, порушення сна, поведінкові розлади, транзиторна глобальна амнезія, мігрень, енурез і др.), а також псевдоприпадки (неепілептичні пароксизмальні поведінкові порушення, що мають психогенне походження).

Одним із найбільш частих коморбидних станів у дітей старшого віку та підлітків є поєднання мігрени та епілепсії. Проблема діагностики складається з кількох аспектів: епілепсія та мігрень з аури. Дифференціальна діагностика між мігренью та епілепсією досить складна, т. к. захворювання мають не тільки загальний патогенез, а й клінічну картину, а іноді й схожу ЕЕГ. Мігренозний приступ може бути триггерним фактором для розвитку епілептичного припадку, і, в свою чергу, епілептичний припадок може провокувати розвиток мігрени. По даним Haut S. R. et al. (2006) кожний 4-й хворий епілепсією страждає мігренью, частота епіприпадків у хворих з мігренью становить до 17 %.